

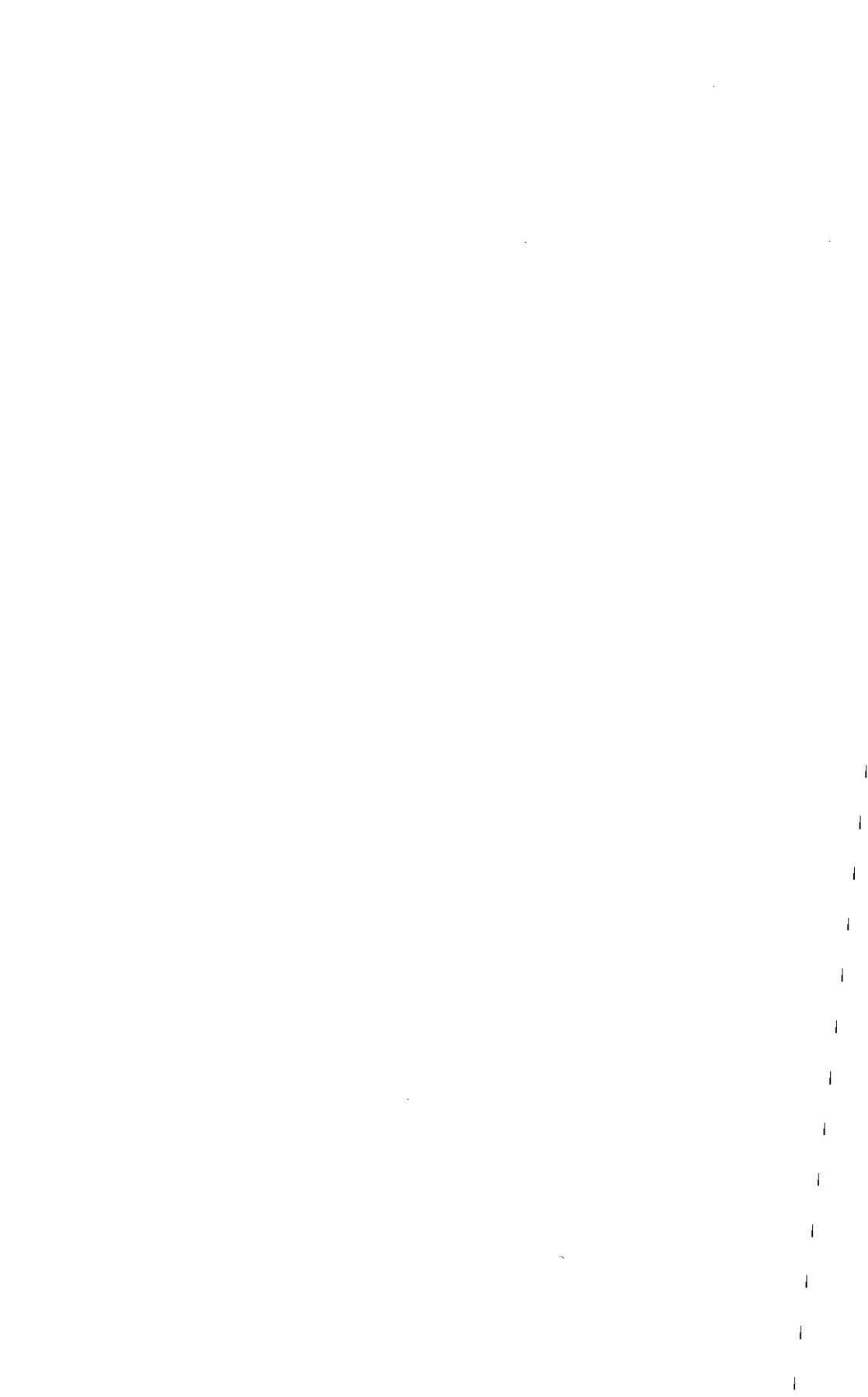
**Sociale evolutie
en psychiatrie**
Dr. C.J.B.J. Trimbos



Sociale evolutie en psychiatrie

Sociale evolutie en psychiatrie
*Rede uitgesproken bij de aanvaarding
van het ambt van gewoon hoogleraar
in de Preventieve en Sociale Psychiatrie
aan de Medische faculteit te Rotterdam
op donderdag 1 mei 1969
door Dr. C. J. B. J. Trimbos*

Paul Brand Bussum 1969



1733: 'The Richness and Heaviness of our Food, the Wealth and Abundance of the Inhabitants, the Inactivity and sedentary Occupations of the better Sort and the Humour of living in great, populous and consequently unhealthy Towns, have brought forth a Class and Set of Distempers with atrocious and frightful Symptoms, scarce known to our Ancestors, and never rising to such fatal Heights. These nervous Disorders being computed to make almost one third of the Complaints of the People of Condition in England. [...]

Nervous Distempers especially, are under some kind of Disgrace and Imputation. So often when I have been consulted in a Case and found it to be what is commonly call'd Nervous, I have been in the utmost Difficulty, when desir'd to define or name the Distemper, for fear of affronting them, or fixing a Reproach on a Family or Person. If I call'd the Case Glandular with nervous symptoms, they concluded I thought them pox'd or had the Kings-Evil. If I said it was Vapours, Hysterick or Hypochondriacal Disorders, they thought I call'd them Mad or Fantastical. And even the very best has been, I myself was thought a Fool, a weak and ignorant Coxcomb and perhaps dismiss'd in Scorn; and some I have actually lost by it.'

*George Cheyne M.D.*¹

1966: 'Mental health cannot be divorced from position in the social structure. With the advent of large-scale surveys of the epidemiology of mental illness, we find a very high relationship between what psychiatrists regard as symptoms of mental disorder and what sociologists characterize as anomie or normlessness: feelings of distrust, disenchantment and lack of relatedness to the larger social order. [...]

A major dilemma is posed by the fact that the person needing help may be the last one to acknowledge such need. We know from a number of studies that the seeking of psychiatric help is likely to lead to devaluation by one's peers. Going to a psychiatrist is still widely regarded as an admission of inadequacy, unless one happens to belong to that small segment of our society which has been called "friends of psychotherapy".'

*John A. Clausen Ph.D.*²

Zeer gewaardeerde gasten,
Medeleden van onze academische gemeenschap,
Dames en Heren,

Het zal nu zowat een halve eeuw geleden zijn dat – althans in onze westerse wereld – de aloude volksgesels ophielden te bestaan. Grauwe armoë, kou, honger, epidemieën, ontijdige dood, lichamelijke gebreken en psychische kwalen zijn, zolang er mensen bestonden, steeds geaccepteerd als een onvermijdelijk lot, als de condition humaine van de mensheid. Doch een uitermate effectief verbond van de materie-wetenschappen met de gewin-wetenschappen, die elkaar in technologie en industrialisatie vonden, heeft ons in luttele generaties naar de honing- en vetpotten van de huidige welvaartssamenleving gebracht. Het socialisme – of, zo U wilt – de sociale beweging zorgde ervoor, dat ieder een plaatsje rond deze vetpotten kreeg: Sociale vooruitgang werd identiek met materiële vooruitgang, sociale voorzieningen betekenen financiële voorzieningen.

Het is beslist geen toeval, dat een der beste studies over deze welvaart juist in deze stad tot stand kwam door een socioloog, verbonden aan het Unilever-concern. In deze stad, die – opgestuwd door machtige instituten als de Rotterdamse Kamer van Koophandel en de Stichting Havenbelangen – haar fascinerende, zogenaamd mondiale expansiedrang rechtvaardigt met een beroep op de welvaart van morgen en die radicaler dan waar ook het welzijn van zijn menselijk potentieel afhankelijk en dus ondergeschikt stelt aan de eisen van de welvaart, in deze stad schreef Ernest Zahn⁸ zijn 'Soziologie der Prosperität'. Een boek, dat op indringende wijze de sociale revolutie als gevolg van massale welvaartsconsumptie aantoot.

De beroepskortzichtigheid, die ook medici niet vreemd is, doet ons wel eens vergeten, dat het primair de stijgende welvaart geweest is, die de moderne geneeskunde met haar grote investeringen aan research, opleiding en voorzieningen mogelijk gemaakt heeft. Daardoor kon het morbiditeits- en mortaliteitspatroon

van een gemeenschap voor het eerst in de geschiedenis van de mensheid een der beste indices worden voor het sociale evolutie-niveau van die gemeenschap. Gezondheid is steeds minder een zaak van afwachten of berusten geworden: wij erkennen een recht op gezondheid, onder meer gecodificeerd in artikel 25 van de 'Universele Verklaring van de Rechten van de Mens'.⁴ In onze tijd stijgt jaarlijks het aandeel van het nationaal inkomen, dat bestemd is voor de volksgezondheid met 0,1 procent. In dit jaar zal aan sociale uitkeringen 13 à 14 miljard gulden worden uitgegeven, dat wil zeggen: bijna 18 procent van ons nationaal inkomen.

Het is begrijpelijk, dat in een welvaartssamenleving de behoefte stijgt aan welzijn en dat wil vooral ook zeggen aan lichamelijke en geestelijke gezondheid. Met andere woorden: de gezondheid staat in de rangorde van onze cultuurwaarden hoog genoteerd. Zo hoog, dat in een dergelijke cultuur het niet toekomen aan deze waarde: het ongezond zijn, tot een hoofdprobleem wordt. Wanneer dan ook de sociaal-economische vooruitgang de psychische ongezondheid eerder schijnt te doen toe- dan afnemen, weerklinkt luider de roep om correctieve maatregelen, om sociale actie, om gezondheidszorg. De huidige ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg blijkt daarom innig verweven met het verloop van de sociale evolutie. Op enkele gezondheidsaspecten van de sociale evolutie wil ik thans nader ingaan, alsmede op één der heden-daagse antwoorden daarop: de preventieve en sociale psychiatrie, het wetenschaps- en onderwijsgebied, dat mij in deze faculteit is toevertrouwd.

Sociale evolutie

Het is u mogelijk opgevallen, dat ik reeds enige malen gesproken heb over sociale *evolutie*, ondanks de bezwaren van de sociologie, die hier het min of meer waardevrije begrip sociale *verandering* preferereert. Een vakterm, door Ogburn⁵ in een dialectische conceptie reeds in 1922 ingevoerd voor die processen in een sociaal systeem, die samen met stabiliserende en conserverende processen een dynamisch of evolutief evenwicht van dat systeem in stand houden. De zogenaamde 'Social Change' is inmiddels object van veel

sociologisch, psychologisch en ook wel medisch onderzoek en theorievorming geworden.⁶

Dat ik desondanks de term sociale evolutie in de titel voor deze oratie heb opgenomen, is niet het gevolg van een 'vulgair vooruitgangsoptimisme', om een woord van Bouman⁷ te gebruiken, noch van een negentiende-eeuwse positivistische instelling. Natuurlijk, het feit dat wij thans over zo ontzaglijk veel grotere consumptiemogelijkheden beschikken, zegt nog niets over sociale ontwikkeling of evolutie. In tegenstelling tot de rationalisten van de vorige eeuw weten wij, dat noch de onmiskenbare vooruitgang van de wetenschap, noch de stijgende welvaart gelijk te stellen zijn met culturele of morele vooruitgang. We weten ook, dat Victor Hugo ongelijk had, toen hij de oprichting van iedere school gelijkstelde met het sluiten van een gevangenis. De pessimistische evolutie-opvattingen van Spengler, Huxley of Orwell zijn voor de meesten van ons dan ook niet zonder invloed gebleken. Toch schetsen zij slechts een uiterst eenzijdig toekomstbeeld, dat minder ingaat op de manifestaties van de evolutie zelf – dat is ook een onmogelijke profetische opgave – dan wel op karikaturaal afwijkende, bij voorbaat negatief toegepaste manipulaties met enkele evolutiemogelijkheden.

De term sociale *evolutie*, de benaming voor een proces, is geen synoniem voor de term sociale *voortgang*, die een waardeoordeel aangeeft. Dit is toe te lichten aan een voorbeeld uit de biologie. Men kent daar drie organische evolutieprocessen, die onafhankelijk van elkaar in de drie phyla: mollusken, insekten en vertebraten, verlopen. De naam evolutieproces is op alle drie van toepassing, maar het is onmogelijk te zeggen, in welke van de drie nu de meeste voortgang geboekt is, omdat dit van de subjectieve waardering van de beoordelaar afhangt.

Er zijn een tweetal overwegingen, die het toelaatbaar maken om van sociale evolutie te spreken. De eerste is, dat iedere menselijke evolutie primair een sociale evolutie is. De tweede is – daarop heeft Spencer in de vorige eeuw al gewezen – dat de sociale en culturele evolutie soortgelijke processen kent als de kosmische, biologische of psychische evolutie.

De evolutieleer heeft ons duidelijk gemaakt, hoe groot de correlatie is tussen de organische en de mentale evolutie. Dat wil zeggen: tussen het ontstaan van steeds ingewikkelder nerveuze structuren en de differentiaties in het psychisch functioneren. Deze ontwikkeling van de psychische functies betekent voor de mens eerst en vooral een verdere sociale ontwikkeling. De sociale evolutie is dan het resultaat van ontelbaar vele genetische en psychosociale interacties, van wederzijdse stimuli en uitwisseling van psychische producten, kortom de cumulatieve ervaring van talloze generaties.⁸

De psyche en het centrale zenuwstelsel, als anatomische en fysiologische 'behuizing' daarvan, zijn in hun evolutie onlosmakelijk verbonden met socio-culturele en biologische veranderingprocessen. Enerzijds zijn de psyche en het centraal zenuwstelsel in hun groei, ontwikkeling en functioneren voortdurend onderhevig aan de energie van socio-culturele en biologische krachten. Anderzijds is het de collectieve energie van de psyche en van het centraal zenuwstelsel, die de koers bepaalt, waarheen socio-culturele en biologische systemen zich ontwikkelen.⁹ Welnu, waar geen twijfels meer bestaan over de biologische evolutie van de mens, waarom zou men zijn daaraan inherente collectieve, sociale ontwikkeling dan geen evolutie noemen?

De grote sociologische theoreticus Parsons¹⁰ heeft zelfs een aantal universele evolutiekenmerken opgesteld, die in iedere zich ontwikkelende gemeenschap te onderkennen zijn. Hij omschrijft deze als een complex van structuren en daarmee samenhangende processen, waarvan de ontwikkeling zodanig de adaptieve capaciteit van levende systemen vergroot, dat slechts systemen, die dit complex ontwikkelen, meer omvangrijke en meer ingewikkelde omgevingsfactoren aankunnen. Men kan dit het sociologische pendant noemen van Darwin's beroemde principe van de natuurlijke selectie. Ook sociale evolutie betekent dan toenemende differentiatie en adaptie. Het is een ontwikkeling van meer primitieve naar meer complexe en meer effectieve sociale structuren.

Hoe belangrijk deze min of meer theoretische aspecten van de sociale evolutie als procesgebeuren ook zijn, het gaat ons nu voor-

al om een aantal veranderingsprocessen, die kenmerkend zijn voor de huidige sociale evolutie. Het betreft hier de kenmerken van een geïndustrialiseerde samenleving: de secularisatie, volgens velen de meest ingrijpende verandering van de laatste eeuw, de verstedelijking, de evolutie van huwelijk en gezinsleven, de emancipatie van de vrouw, de ont-taboeïsering van seksualiteit en gezag (vooral geliefde bezigheden in de 'underground'-culturen van onze jongeren); de sterke sociale mobiliteit en de nivellering der vroegere sociale rangstanden, de toenemende pluriformiteit in cultuurwaarden en normen en de daarmee samenhangende acties voor grotere tolerantie en mondigheid. Kortom, evolutiekenmerken, die tot ons dagelijks bestaan behoren.

Een belangrijk aspect van de sociale evolutie is, dat we langzaam maar zeker over grotere mogelijkheden tot rationele beheersing van sociale structuren en processen gaan beschikken. Van de franse positivist Ernest Renan¹¹ is de provocerende uitspraak: 'Het laatste woord der moderne wetenschap, haar gedurfde maar rechtmatige pretentie is: het wetenschappelijk organiseren van de mensheid'. Dergelijke opvattingen behoren we tegenwoordig van de hand te wijzen. Maar dan vergeten we, wat technologie, economie, sociologie of psychologie in het beheersen van organisaties, structuren en processen bezig zijn tot stand te brengen. En we vergeten ook, dat de sociale vooruitgang pas goed mogelijk is geworden, toen op kennis en wetenschap gefundeerde waarden-criteria de plaats gingen innemen van de vroegere vóórwetenschappelijke, dogmatische, veelal irrationele waardenstelsels. Deze uitzuivering van waarden – alleen mogelijk in een gesecculariseerde cultuur – heeft een groot deel van onze sociale kwalen uitgeroeid en biedt de mogelijkheid een der grootste nog bestaande sociale kwalen: de huidige psychische ongezondheid, aan te pakken met op redelijkheid en kritische zin gebaseerde middelen.

Want voor velen, té velen, betekent sociale evolutie het verliezen van houvast, het zich niet meer kunnen identificeren met de nieuwe werkelijkheid, het op drift raken in ongekende sociale structuren, het verward raken in rolconflicten, het niet aankunnen

van de voortdurende verschuivingen in onze waarden, normen of levensdoeleinden, door een ontbrekende flexibiliteit. Het huidige bestaan is meer dan ooit tentatief geworden; een proefbestaan, waarvan het ontwerp telkens hernomen moet worden en waarvan het voornaamste kenmerk de voorlopigheid is. De snelheid van deze evolutie doet velen derailleren, veroorzaakt psychosociaal dysfunctioneren, psychische stoornissen en ziektes.

Het is geen wonder, dat velen dan ook menen, dat tengevolge van de sociale evolutie de omvang van de psychische gestoordheid toeneemt. Een mening overigens, die ook in vorige eeuwen telkens weer verkondigd is¹² en veelal herleidbaar is tot een romantisch heimwee naar 'les neiges d'antan', naar het verloren paradijs. Dergelijke opvattingen missen echter elke grond, omdat ieder gegeven ervoor ontbreekt. Pas in onze dagen beginnen we enig inzicht te krijgen in de werkelijke omvang van de geestelijke ongezondheid en de gebrekkigheid van onze middelen. Wie, vijftien jaar nadat Rümke¹³ in zijn bekende diesrede een bloeiende psychiatrie – zij het met gevaren – gesignaleerd had, mocht menen, dat het psychiatrische ziektepatroon de invloed van deze bloei zou gaan vertonen, vergist zich. Ik wil u dit aan enige recente gegevens duidelijk maken.

De psychische ongezondheid

Uit gegevens, die de Hoofdinspectie mij welwillend ter beschikking stelde, blijkt, dat in 1900 het aantal bedden in psychiatrische inrichtingen ruim 8300 bedroeg. Thans zijn er dat ruim 26.000: een groei van 1,7 pro mille van de bevolking in 1900 naar 2,1 pro mille thans. Telt men thans alle zogenaamde erkende en niet-erkende psychiatrische bedden bij elkaar, dan komt men tot een aantal van ver over de 60.000 bedden, dat wil zeggen: meer dan de helft van het totale aantal ziekenbedden in ons land wordt bezet door psychisch zieke mensen.¹⁴

Over het grotere aantal extramuraal in behandeling zijnde psychiatrische patiënten heb ik geen cijfers. Enige indruk geeft een Amsterdams onderzoek. In deze stad, die de meeste jeugdpsychiatrische voorzieningen bezit, bezocht in 1963 een half procent van

de kinderen onder de 19 jaar een M.O.B. of jeugdpsychiatrische dienst.¹⁵

Al vormen de opgenomen psychiatrische patiënten weliswaar het meest spectaculaire deel van de psychische ongezondheid, tocht zegt dit halve procent der totale bevolking in het geheel niets over de psychiatrische morbiditeit.

Systematische analyses van huisartsenpopulaties, waarvan het proefschrift van Buma¹⁶ uit 1949 een der eerste voorbeelden is, geven ons de laatste jaren steeds meer gegevens, waardoor de grote omvang van de psychische ziekten duidelijker gestalte begint te krijgen. Een Gronings onderzoek van mevrouw Zweens-Wiersema¹⁷ bij 153 huisartsen concludeert, dat bijna de helft van hun patiënten psychiatrische afwijkingen vertoont. Oliemans,¹⁸ zich baserend op gegevens uit een permanente morbiditeitsregistratie door het Nederlands Huisartsen Genootschap, besluit dat meer dan 20 procent der aandoeningen, die een huisarts te behandelen krijgt, tot de psychiatrische stoornissen behoort. Het zojuist verschenen verslag van de Delftse Studentengezondheidszorg¹⁹ geeft aan, dat 16 procent de studentenarts consulteert wegens psychische klachten. Veertig tot vijftig procent van de tijd voor curatieve zorg werd aan deze patiënten besteed. In al deze huisartsenonderzoeken wordt vermeld, dat slechts een zeer klein percentage naar de psychiater wordt doorgestuurd.

Ook deze huisartsenpsychiatrie geeft nog maar een betrekkelijk inzicht in de werkelijke omvang. Immers vele psychisch gestoorde mensen maken moeilijk de stap over de drempel van de medische en gezondheidszorgsystemen. Belangrijke gegevens bevatten dan ook de cijfers van de verplichte militaire keuring. Het geeft te denken, dat 46 procent van de afgekeurde 18-jarige jongemannen een I5 of S5 heeft en dat vervolgens van degenen, die alsnog tijdens de dienstdienst om gezondheidsredenen ontslagen worden, nogmaals bijna de helft wegens psychiatrische stoornissen wordt afgekeurd.²⁰

Inmiddels zijn in Engeland, Scandinavië, Canada en de Verenigde Staten groot opgezette psychiatrisch-epidemiologische onderzoeken op gang gekomen.²¹ Vele van deze studies geven

aan, dat soms meer dan de helft der onderzochte populaties psychopathologische symptomen vertoont.²² Dit zegt uiteraard niet veel meer dan bijvoorbeeld de uitspraak, dat ieder van ons wel eens lijdt aan infecties van de luchtwegen. Maar wat deze studies sociaal-psychiatrisch zo belangrijk maakt, is de conclusie, dat een kwart tot een vijfde van de onderzochte volwassenen uit een willekeurige populatie, zo ernstig gestoord blijkt te zijn, dat zij nog slechts op deficiënte wijze in hun diverse levensgebieden kunnen functioneren.

Het is dit criterium, het psychosociaal dysfunctioneren, dat voor de geestelijke gezondheidszorg belangrijker is dan de eindeloze discussies over wat nu normaal of pathologisch is; alsof het etiket niet-pathologisch ooit een vrijbrief voor medisch nihilisme zou mogen zijn.

Deze enkele gegevens moeten volstaan om een indruk te geven over de omvang van ons probleem: een ijsberg, waarvan het uiterste puntje de psychiater bereikt en waarvan een iets groter deel bij de huisarts bekend wordt. Maar verreweg het allergrootste deel der psychische ongezondheid valt buiten het bereik der gezondheidssystemen. Het vormt een blijvende broedplaats voor nieuwe stoornissen, die van generatie op generatie worden doorgegeven.

Over de implicaties hiervan moet ik nog korter zijn. Deze zijn van economische, sociale en individuele aard. De economische gevolgen zijn in principe meetbaar en voeren tot astronomische cijfers. De gevolgen voor het individu en diens milieu zijn onmeetbaar. Slechts de verbeelding laat toe de gevolgen te overzien van het psychisch gestoord zijn op de verknoeiing van levens, het mislukken op school of in het arbeidsproces, op angsten en eenzaamheid, op onvrijheid, liefdesonmacht, op prestige-honger en onzinnig machtsmisbruik, op verslaving en sociaalpathologische verschijnselen, op agressie, homicide, suïcide, op intolerantie en discriminatie. Een onvoorstelbare en onmeetbare hoeveelheid menselijk leed, die lang als onvermijdelijke 'condition humaine' geaccepteerd werd, maar waarvan we thans de schakels in de keten van oorzaak en gevolg beginnen te onderscheiden.

De geestelijke gezondheidszorg

Hoe is nu het antwoord van de gemeenschap op het psychisch gestoord en ziek zijn van zovelen van haar leden? Eeuwenlang zijn deze stoornissen met min of meer succes in de religieuze sfeer behandeld. Dat is misschien wel de reden, waarom ook de moderne psychiater – volgens sommigen althans – meer van een duivelbezwerder dan van een wetenschapsman heeft. Toch geschiedt in onze gesecculariseerde wereld ook de aanpak van de psychische ongezondheid reeds lang op medisch-wetenschappelijke wijze. Meer dan een eeuw geleden hebben Griesinger en anderen de psychiatrie een plaats gegeven tussen de andere medische specialismen. Vooral de organisch-gefundeerde psychiatrie – tegenwoordig biologische psychiatrie geheten – heeft hiervan geprofiteerd.

Er was echter een Sigmund Freud nodig om de psychiatrie een eigen gezicht te geven. Sedertdien weten we, dat psychische ziektes ook psychische oorzaken kunnen hebben. Een ontwikkeling, die vrijwel geheel buiten de officiële universiteitspsychiatrie om tot stand kwam. Hoe langzaam deze ontwikkelingen wel verlopen, moge blijken uit het feit, dat eerst sedert kort in Nederland (evenals bijvoorbeeld in Engeland of de Verenigde Staten) nagenoeg alle leerstoelen in de klinische psychiatrie bezet worden door psychoanalytisch getrainde psychiaters.

De derde en jongste ontwikkeling in de psychiatrie, die hier en elders óók vrijwel geheel extra-universitair tot stand is gekomen, betreft het werk van hen, die kliniek en inrichting verlieten en in de gemeenschap trachtten hun kennis en kunde dienstbaar te maken aan de psychische noden. Reeds in de twintiger en dertiger jaren werden in ons land de grondslagen voor deze zogenaamde sociale psychiatrie gelegd door pioniers als Pameyer, Meyers en Querido, wier werk later werd voortgezet door Speyer, Dercksen, Barnhoorn, Sunier, Van Meurs, Baan en Ferguson, om slechts enkele namen te noemen.

Het zijn deze sociaalpsychiaters, die langzaam maar zeker zijn gaan inzien, dat de traditionele klinisch-psychiatrische diagnostiek, prognostiek, aetiologie en therapie ontoereikend zijn om de in de maatschappij aangetroffen psychische ongezondheid op ef-

ficiënte wijze aan te pakken. De veelvuldige en complexe vormen van psychosociale stoornissen, zich uitend in moeilijke opvoedbaarheid, gestoorde gezinsinteracties, seksuele dysharmonieën, arbeidsproblematiek, escapisme, delinquentie en nog zo veel meer, voeren tot een nieuwe psychopathologie en sociopathologie, die nog niet in de handboeken van de psychiatrie voorkomen.

Het werken in de zogenaamde normale en gezonde bevolking geeft enig zicht op het eerder genoemde ijsbergfenomeen. Daardoor ontstond een nieuwe conceptie over geestelijke gezondheidszorg, waarvan de voornaamste facetten als volgt te omschrijven zijn:

a De geestelijke gezondheidszorg dient *populatie-gericht* te zijn en zich te evolueren vanuit de traditionele zorg voor hen, die zelf hulp komen zoeken, naar een zorg voor de totaliteit van een populatie. Hier ligt mijns inziens een typisch verschil tussen de 'patient-centered' benadering der geneeskunde en de 'population-centered' benadering der gezondheidszorg en gezondheidsbescherming.

b Een dergelijke zorg dient *gedifferentieerd* te zijn naar de werkelijk bestaande psychiatrische behoeften en dus van onderaf te beginnen. Uitbreiding van de thans bestaande voorzieningen, die vanuit verouderde en sociaal niet-toepasbare psychiatrische concepties opgezet werden, betekent een obsoleete aanpak van de psychische ongezondheid.

c Een populatie-gerichte zorg heeft principieel een *preventief* uitgangspunt, ook waar het gaat om behandeling van individuele gevallen.²³

d Niet alleen de omvang maar ook de aard van de psychische afwijkingen maken het noodzakelijk, dat zowel in de preventieve als curatieve zorg meerdere professies *teams*gewijze opereren. Zoals de volksgezondheid een te groot goed is om alleen aan artsen te kunnen worden overgelaten, zo is ook de geestelijke volksgezondheid te belangrijk om alleen door psychiaters te worden verzorgd.

Dat de grondslag voor het menselijk bestaan – beschouwd in zijn gezonde, zieke of gestoorde psychisch functioneren – oorzakelijke en voorwaardelijke samenhangen vertoont met het biologisch substraat, is ons reeds lang vertrouwd. Dat dit evenzeer geldt voor de sociaal-culturele situatie en de daarin plaats vindende socialisatieprocessen, begint eerst langzaam in de gezondheidszorg door te dringen. En toch is eerst een hierop gebaseerde psychische gezondheidszorg als een echte bijdrage te zien aan het geheel van beveiligingssystemen, die een gemeenschap inricht tegen het psychisch ziek worden van haar leden. Het leveren van de bouwstenen, die het mogelijk maken op gefundeerde wijze te interveniëren in ongezond makende processen en structuren, is het ambitieuze doel van de preventieve en sociale psychiatrie.

Wetenschappelijk onderzoek

Deze bouwstenen kunnen alleen door wetenschappelijk onderzoek geleverd worden. Ik wil tenslotte dan ook gaarne enige aandacht besteden aan enkele nieuwe onderzoeksvelden in mijn vak.

a Het eerste is van algemeen psychiatrische aard en betreft de herziening, differentiëring en operationalisatie van het verouderd psychiatrisch begrippenarsenaal. Populatieonderzoek behoeft psychopathologie-variabelen, die exact zijn. De noties, waarmee het klinisch psychiatrisch bedrijf bevredigend kan werken, zijn te vaag voor het sociaal-wetenschappelijk onderzoek, dat immers quantificeerbare gegevens behoeft. Begrippen als depressie, psychose, neurose, psychopathie en dergelijke en geliefde adjectieven als endogeen, exogeen, vitaal, constitutioneel, geven – zeker als ze tesamen gebruikt worden in de thans populaire meer-dimensionele diagnostiek – een hutspot, die voor verdere analyse ontoegankelijk is.

Het is vooral de confrontatie met de computer geweest, die op pijnlijke wijze de meerduidigheid en vaagheid, maar ook het onbewezen en dus onbruikbaar zijn van vele vertrouwde psychiatrische begrippen heeft aangetoond. Zo blijkt maar weer eens, hoe de evolutie van wiskunde en electronica een educatieve invloed heeft, zelfs op de modernisering van de psychiatrie.

Een zelfde proces van uitzuivering en scherpere definiëring is overigens niet minder noodzakelijk voor de sociologische variabelen. Het is tijdverspilling om tot theorievorming over te gaan op grond van correlaties tussen slecht gedefinieerde macro- of microsociologische begrippen en vage multi-interpretabele pathologische gedragscategorieën.

Mijn leermeester Rümke hekelde dit fundamentele tekort in een overigens 'bloeiende psychiatrie' als volgt: 'Onzekerheden stapelen zich op onzekerheden. Werkelijk wetenschappelijk bewezen is nog bijkans niets. Dikwijls zijn we niet verder dan wat de grote Groninger Heymans "plausibiliteiten" noemde. Deze "plausibiliteiten" wachten erop in objectieve wetenschappelijke zekerheid te worden overgevoerd. Binnen het gehele bestel der psychiatrie, in haar propaganda, in haar onderwijs, worden deze fundamentele onzekerheden, die toch waarlijk geen schande zijn op dit zo moeilijke terrein, niet voldoende tot uiting gebracht. Daardoor devalueert een deel van de psychiatrie, dat wil zeggen wat zij als vaste waarde in omloop brengt, is niet gedekt door de goudstaven der gefundeerde kennis'.¹³

Dit moge waar zijn, maar het lijkt me, dat er onder ons, psychiaters weinigen zijn, die 's nachts wakker liggen van deze devaluatie. De psychiater is immers wel gewend – samen met de tandarts – de onderste sport op de prestigeladder der medische beroepen²⁴ te delen! Neen, van veel meer belang is het te moeten vaststellen, dat het ontbreken van voldoende 'goudstaven der soliede gefundeerde kennis' het tot nu toe onmogelijk gemaakt heeft een relevant index-systeem op te stellen, waarmee binnen een gemeenschap de mate van psychische ongezondheid gepeild, gevolgd en – uiteindelijk doel – bewaakt kan worden. Ook hier is de lichamelijke gezondheidsbescherming ons minstens een halve eeuw vooruit.

b Van een tweede onderzoekveld, de epidemiologische research van psychiatrische ziektes, kon ik u zo even enig cijfermateriaal geven. Epidemiologische gegevens kunnen in belangrijke mate het klinische beeld van ziekte-eenheden completeren.²⁵ Zij hebben betrekking op alle types van het ziektebeeld, zoals dat in

zijn natuurlijke proporties voorkomt. Dit is vooral voor de psychiatrie van belang, omdat de daar geldende noties voortgekomen zijn uit bestudering van de eenzijdig samengestelde populaties der psychiatrische inrichtingen. Kraepelins nosologie, na vijftig jaar nog steeds het stramien van ieder psychiatrisch handboek, is hier een voorbeeld van.

De ingewikkelde selectieprocessen, die van een psychisch ziekmens tenslotte een opgenomen psychiatrische patiënt maken, stempelen het epidemiologisch gebruik van opnamestatistieken tot een 'dubieuze procedure'.²⁶ Het onderzoek van Romme²⁷ naar de opnameprocedure van de Gemeentelijke Sociaalpsychiatrische Dienst te Amsterdam heeft ons voorgoed de onjuistheid doen zien van generalisaties over de psychische morbiditeit, die voortkomen uit het patiëntenbestand, dat binnen het officiële psychiatrische systeem wordt aangetroffen.

Dit is mogelijk een der achtergronden van de door vele huisartsen geopperde klacht, dat omvang en aard van de psychiatrische morbiditeit in hun praktijk zo weinig overeenkomen met de patiënten, die zij tijdens hun opleiding in kliniek en inrichting hebben leren kennen. Het 'Institute of Psychiatry' van de 'University of London' heeft onlangs deze opvallende verschillen bestudeerd.²⁸ Men is na kennisneming daarvan geneigd aan te nemen, dat er naast de officiële zenuwartsenpsychiatrie een geheel andere huisartsenpsychiatrie bestaat.

Ik noemde u al het verslag, dat Oliemans¹⁸ gedaan heeft van een continu morbiditeitsonderzoek in nederlandse huisartsenpraktijken. Dit nieuwe type epidemiologisch onderzoek maakt het voor het eerst mogelijk 'populations at risk' vast te stellen binnen het kader van een algemene praktijk, dat wil zeggen: zo dicht mogelijk bij de te onderzoeken populatie. Hierdoor worden niet alleen de gegevens over de prevalentie en incidentie van psychische ziektes meer valide, maar is het mogelijk – wat in de kliniek nu eenmaal uitgesloten is – correlaties op te sporen tussen sociologische variabelen en psychische morbiditeit.

Dan blijkt bijvoorbeeld dat ondanks het vrijwel gelijke aantal mannen en vrouwen, dat voor een depressie wordt opgenomen,

in werkelijkheid de depressie in onze tijd een vrouwenziekte is met een drie- tot viermaal hogere frequentie. Dan blijkt ook, dat de hoge frequentie van ongehuwden in de opnamestatistieken een artefact is, dat in de huisartsensurveys²⁸ niet bevestigd wordt. Daaruit valt dan enerzijds te concluderen, dat het selectieproces gemakkelijker ongehuwden opneemt, maar anderzijds – wat belangrijker is – dat de geliefde theorieën over de grotere psychiatrische kwetsbaarheid van ongehuwden op een onjuiste generalisatie berusten.

De verheugenis over de activiteiten van huisartsen op epidemiologisch gebied moet ons echter niet de ogen doen sluiten voor de nog beperkte validiteit van hun resultaten. Ook hier is de oorzaak weer gelegen in de vaagheid van de gehanteerde begrippen en in de subjectiviteit van de waarnemingen van psychopathologische variabelen.¹⁹ Oliemans wijst zelf terecht hierop. En ook de huisarts Lamberts²⁰ laat in zijn recent onderzoek van afgekeurde militairen dergelijke kritische geluiden horen.

Nu in de laatste jaren een reeks voortreffelijke zelfstandige onderzoeken en studies de huisarts opnieuw een eigen wetenschappelijk prestige verleend hebben, is misschien de volgende stap in zijn emancipatie, dat hij ook onbedreigd specialisten in zijn researchterrein kan toelaten. Zo ben ik van mening, dat inschakeling van de sociaal wetenschappelijk geschoolde psychiater in het unieke onderzoekgebied van de huisartsenpraktijk ons inzicht in het vóórkomen en dus ook het voorkómen van psychische ziektes in belangrijke mate zal vergroten. Collega Den Haan kan dit – zo hij wil – als een aanzoek beschouwen.

Daarnaast blijft het echter niet minder belangrijk, dat spoedig in ons land het psychiatrisch epidemiologisch onderzoek op gang komt. Sedert het klassieke ecologische onderzoek van Faris en Dunham³⁰ in de dertiger jaren naar de verspreiding van psychiatrische ziektes in de diverse wijken van Chicago, is in het buitenland een steeds groeiend aantal sociaalpsychiatrische bevolkingsonderzoeken gepubliceerd. Op deze belangrijke engelse, scandinavische en vooral amerikaanse onderzoeken kan ik hier helaas niet verder ingaan, alhoewel ze naar mijn overtuiging een nieuw

tijdperk in de psychiatrie hebben ingeluid. De op totale populaties gerichte onderzoeken geven een geheel nieuw beeld van de omvang, verdeling en aard der psychische morbiditeit. Het niet gelijkmatig voorkomen van ziektes in een populatie is geen toevalszaak. Deze onregelmatige spreiding is juist een belangrijk uitgangspunt tot het opsporen van de oorzakelijke en voorwaardelijke factoren voor psychisch ziek worden.

ε Epidemiologisch en ecologisch onderzoek van psychische ziektes wordt pas interessant, als het gegevens levert voor verklarende theorievorming. Hoe articuleren sociale fenomenen, in het bijzonder die van de sociaal-culturele evolutie, nu eigenlijk met individueel ziek worden?

We zijn dan tegenwoordig – vooral na Queridos integrale geneeskunde – wel geneigd in onze diagnostiek en therapie zogenaamde sociale factoren of milieu-invloeden te betrekken; maar dit pleegt niet veel verder te gaan dan de vooroordelen, die voortspuiten uit de voorwetenschappelijke sociale ervaringen van alledag. Toch zijn er een toenemend aantal onderzoekgegevens, die significante correlaties tussen sociaal-culturele en psychopathologische variabelen vaststellen.

Ik denk hier aan de al oudere onderzoeken van Ruth Benedict³¹ over de ziek-makende invloed van scherpe breuken in de sociaal-culturele continuïteit, later bevestigd door de Leightons in hun onderzoek van sterk evolutieve gemeenschappen in Canada³² en Nigeria,³³ of aan de reeks onderzoeken over de samenhang tussen ernstige psychoses – zoals de schizofrenie – en lage sociaal economische status,³⁴ lage sociale klasse,³⁵ het wonen in achterbuurten of migratie.³⁶ Of ook aan de studies over de samenhang van coronaire hartziekten met diverse vormen van sociale mobiliteit³⁷ en die van maag-ulcera met plotseling optredend sociaal isolement.³⁸

Dit soort onderzoeken heeft een sterk explorerend karakter; hetgeen uiteraard niet verwonderlijk is voor pionierswerk. Bij exploratief onderzoek kan men echter pas achteraf verklarende hypothesen opstellen. Een validerende toetsing daarvan is dan veelal onmogelijk, omdat de onderzoekgegevens daarvoor niet berekend waren.

Toch gaat het de preventieve psychiatrie in laatste instantie om verklarende theorieën. Hoe kunnen anders preventieve programma's opgesteld worden? Bij het onderzoek, waarmee wij onlangs op mijn afdeling begonnen zijn, wordt dan ook uitgegaan van een gesystematiseerd theoretisch model van sociologische, psychologische en psychopathologische variabelen, dat niet alleen correlaties tussen macrosociale factoren en psychische ziektes onderzoekt, maar vooral hypothesen toetst, die de daartussen liggende pathogenetische processen willen verklaren. Meer dan in welk ander medisch specialisme heeft de samenwerking met de sociologie en sociale psychologie ertoe geleid, dat de sociale psychiatrie thans gelukkig kan beschikken over een aantal theoretische denkmodellen, waarin de zo uiteenlopende sociaal culturele en psychopathologische variabelen in één verklarend verband gebracht kunnen worden.

Er is vrijwel geen psychiater, die aanneemt, dat sociale factoren een normaal en gezond mens rechtstreeks psychisch ziek kunnen maken, tenzij misschien onder zeer extreme omstandigheden. De sociopathogenetische denkmodellen gaan uit van de ervaring, dat de persoonlijkheid door biologische of socioculturele invloeden zodanig misvormd of gepredisponeerd wordt, dat eerst op die bodem sociale situaties of processen hem psychisch ziek kunnen maken.

Een dergelijk denkmodel levert bijvoorbeeld de al oudere sociologische *anomiethorie*. Sociale evolutie voert tot anomie (dat wil zeggen wetteloosheid, normloosheid) als er in een gemeenschap een kloof ontstaat tussen normen en waarden én de mogelijkheden om deze doeleinden te realiseren, zoals thans in vele geurbaniseerde gemeenschappen het geval is. Dit sociologisch, dat wil zeggen: gemeenschapsfenomeen, heeft een aantal individuele fenomenen tot gevolg, zoals vereenzaming, vervreemding, zinloosheid, machteloosheid en isolement. Durkheim³⁹ heeft dit in zijn beroemde zelfmoordstudie op indrukwekkende wijze aangetoond en Merton⁴⁰ heeft dit later ook voor andere vormen van pathologisch gedrag duidelijk gemaakt.

Ook recente psychologische experimenten, zoals die over sen-

sorische deprivatie en absoluut sociaal isolement, die tot psychoseachtige beelden voeren, bieden mogelijkheden tot verklarende theorieën over de relatie tussen situationele veranderingen en de mate van pathologisch reageren.⁴¹ Daarbij dient nog verder onderzocht te worden, hoe ernstig en hoe blijvend de schade is van ingrijpende sociale veranderingen of ook van het totaal ontbreken van die veranderingen, alsmede welke individuele predisposities deze schadelijke effecten bevorderen.

Andere vruchtbare pathogenetische theorieën kan ik thans alleen maar noemen, zoals bijvoorbeeld Freuds leer over de samenhang tussen cultuurfrustraties en neuroses; de latere, hierop gedeeltelijk aansluitende theorieën^{42,43} over de ziekmakende invloed van socioculturele factoren, die de noodzakelijke uitdrukking behoeften van de mens blokkeren, van onze taboes dus; de door Wolff e.a.⁴⁴ voor de psychiatrie uitgewerkte stress-theorie van Selye; de door vele onderzoekers³⁶ overgenomen vruchtbare conceptie van Kurt Lewin over het pathogene effect van de zo vaak voorkomende spanningen tussen aspiratieniveau en realiseringsmogelijkheden. Hedendaagse evolutiefactoren zoals de sterke sociale mobiliteit, competitieve arbeidsverhoudingen, hoge waardering voor ambitieusheid of welvaartshonger bepalen de motieven voor het nagestreefde aspiratieniveau. Maar onze gemeenschapsstructuur biedt geen enkele garantie, dat het aldus geconditioneerde behoeftepatroon ook werkelijk bevredigd wordt. Hierdoor ontstaat een ideale voedingsbodem voor psychische en somatische stoornissen, die heel wat meer omvatten dan de zogenaamde managersziekten. En wie weet; misschien is de lichte bloeddrukverhoging, die ik tijdens deze oratie bespeur, ook wel het gevolg van een dergelijke discrepantie tussen aspiratieniveau en de realisatie ervan.

Dames en heren, Met deze mogelijk wat vermoeiende opsomming van perspectieven voor sociaal wetenschappelijk onderzoek binnen de psychiatrie heb ik willen benadrukken, dat de toekomst der geestelijke gezondheidszorg gelegen is in speurwerk en nog eens

spuurwerk. Het is verheugend, dat daarvoor in deze faculteit thans de mogelijkheden gegeven worden.

Niet minder verheugend is het, dat de beide laatste bewindslieden voor volksgezondheid de noodzaak van psychisch hygiënisch onderzoek ten behoeve van onze volksgezondheid duidelijk onderkend hebben. Onder staatssecretaris Bartels zijn voor het eerst serieuze plannen gemaakt voor een landelijk onderzoeksinstituut. De huidige staatssecretaris Kruisinga heeft van meet af aan voorbereidingen getroffen om het wetenschappelijk psychohygiënisch onderzoek op gang te brengen. Dit resulteerde enige maanden geleden in de installatie van een studiec commissie, die spoedig tot een T.N.O.-instituut voor psychisch-hygiënisch onderzoek hoopt te komen en inmiddels reeds met enige research-projecten begonnen is. Als voorlopig onbereikbaar maar uiterst inspirerend voorbeeld geldt daarbij het 'National Institute of Mental Health' te Bethesda (Maryland).

Wetenschap bedrijven is echter geen doel op zich. Het is slechts een der middelen – ik meen het beste middel dat onze tijd kent – dat van dienst kan zijn bij de moeizame opgang van de mensheid naar een betere wereld. De geneeskunst past deze wetenschap toe in haar nimmer aflatend gevecht tegen ziekte en dood. De gezondheidszorg gebruikt eveneens de wetenschap om de behouden levens de kwaliteiten te geven, waardoor het menselijk bestaan tot volle ontplooiing kan komen.

Naarmate de beheersbaarheid van de sociaal-culturele evolutie toeneemt, zullen het psychisch welzijn en de psychische gezondheid een even deskundige en gefundeerde behartiging moeten gaan krijgen als thans reeds aan de welvaartsinspanning te beurt valt. De bouwers en planners van de wereld van morgen zijn de betrekkelijk weinige veelal zeer gespecialiseerde economische en technologische machthebbers, in wier waardenschaal de materiële vooruitgang een hoge plaats inneemt. Daardoor zijn ze vaak moeilijk in staat de sociale en psychische gevolgen van hun acties te overzien. In de nationale inspanning ten behoeve van de welvaart, de technologische en economische vooruitgang, wordt weliswaar het belang van het psychisch welzijn hier en daar met de

mond beleden, maar er wordt nauwelijks rekening mee gehouden. En er kan veelal ook nog geen rekening mee gehouden worden, omdat de wetenschappelijke bouwstenen voor een psychisch hygiënisch beleid te schaars zijn. Zodat wij, psychische hygiënisten, in de verleiding komen onze argumenten te putten uit gemakkelijk te weerleggen ideologische, utopische of romantische speculaties.

De omvang en aard van de psychische ongezondheid is een der grootste uitdagingen van onze moderne samenleving in evolutie.⁴⁵ Bij het aanpakken van deze uitdaging zal de preventieve en sociale psychiatrie een sleutelpositie moeten kunnen innemen. Maar er zal nog veel grondig onderzoek en studie nodig zijn om uitspraken te kunnen gaan doen, die vergelijkbaar zijn met die van de bacteriologie uit het eind van de vorige eeuw. Hierdoor kon het huidige indrukwekkende tijdperk van de preventieve geneeskunde tot ontwikkeling komen. Zo werd de moderne geneeskunde tot een belangrijke factor in de demografische en daardoor ook de sociale evolutie van onze tijd. Op de problematische kanten van deze evolutie heeft de psychiatrie nog pas een uiterst bescheiden antwoord te geven. Deze bescheidenheid is echter tevens een prikkel om verder te gaan doordringen in de keten van oorzaken en gevolgen, die verantwoordelijk is voor het psychosociaal dysfunctioneren van zovele medemensen.

Dames en heren. Het is aan deze faculteit geen gewoonte – als men althans na vier oraties al van gewoontevorming kan spreken – om met de elders gebruikelijke lange lijst dankbetuigingen te eindigen. Ik heb dit trouwens bij een vorige gelegenheid in de Utrechtse Aula al mogen doen.⁴⁶ Eén uitzondering wil ik echter maken door van deze plaats mijn grote dank te verwoorden aan de directie en stafleden van het Utrechtse bureau, dat zulk een unieke plaats in de nederlandse geestelijke gezondheidszorg inneemt. Zeer speciaal geldt deze dank mijn oude vriend Buytendijk, die – groot fysioloog, baanbrekend psycholoog en filosoof, maar boven dit alles uit een warmvoelend arts – zovele jaren een uniek leermeester voor mij is geweest.

Na het opzetten van een Stichting voor Geestelijke Gezondheidszorg te Amsterdam en na het vorm geven aan de wetenschappelijke afdeling van het Utrechts bureau sta ik thans voor de derde en waarschijnlijk laatste keer weer voor de taak vanuit het niets een research- en onderwijsafdeling op te bouwen. Het verschil met beide vorige keren is, dat ik dit lage startpunt deel met vele collega's in de faculteit. Onder de visionaire en energieke leiding van Querido is hier in luttele jaren tijds een faculteit gegroeid, waar improviseren, flexibiliteit en hard werken (hoe kan het anders in Rotterdam) het klimaat bepalen. Een klimaat, dat misschien het best gekenmerkt wordt door de verwachtingen, die ieder heeft over hoe het eens worden zal.

Aan deze piepjonge faculteit zonder tradities een traditieloos vak te mogen opzetten is een taak, die ik met vreugde op mij genomen heb. Om deze vreugde te materialiseren, moge ik u, geachte gasten, thans uitnodigen deze plechtigheid af te sluiten met een feestelijke dronk, na u bedankt te hebben voor de aandacht, waarmee u mijn woorden hebt aanhoord.

Ik heb gezegd.

- 1 *George Cheyne*, The English Malady: or a treatise of nervous diseases of all kinds as Spleen Vapours, Lowness of Spirits, Hypochondriacal and Hysterical Distempers. London 1733 (als tekst opgenomen in *R.Hunter* and *I.Macalpine*: Three Hundred Years of Psychiatry 1535-1860. A History presented in selected English Texts. London 1963).
- 2 *John A. Clausen*, A sociological perspective, in: *R.Brockbank, D.Westby-Gibson* (Ed.): Mental health in a changing community, New York 1966.
- 3 *Ernest Zahn*, Soziologie der Prosperität, Köln-Berlin 1960.
- 4 Artikel 25 van de 'Universal Declaration of Human Rights' (1940) luidt: 'Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services, and the right to security in the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control'.
Zie over het recht op gezondheid de uitvoerige studie van Mr. dr. *H.Leenen*: Sociale grondrechten en gezondheidszorg, Hilversum 1966.
- 5 *W.F.Ogburn*, Social change with respect to culture and original nature, New York 1952.
How technology changes society. *The Annals*, 249:81-88, 1947.
- 6 *P.A.Sorokin*, Sociological theories of today. New York 1966. Hierin hoofdstuk 17: Recent studies of Social Change.
E.E.Hagen, On the theory of social change. How economic growth begins. Homewood (Ill.) 1962.
M.Pflanz, Sozialer Wandel und Krankheit. Stuttgart 1962.
- 7 *P.J.Bouman*, Van Renaissance tot Wereldoorlog. Amsterdam 1955.
- 8 *M.Ginsberg*, Towards a theory of social development: the growth of rationality, in: Social Development. École des Hautes Études Sorbonne. Paris 1965.
- 9 *H.B.Friedgood*, Scope and dimensions of mental health, in: *R.Brockbank* o.c.
- 10 *T.Parsons*, Evolutionary Universals in Society. *Am. Soc. Rev.* June 1964, 339-357.
- 11 *E.Renan*, L'Avenir de la science, Paris 1890.
- 12 *W.Bromberg*, Man above himself. A history of psychotherapy. Philadelphia 1954.
- 13 *H.C.Rümke*, Een bloeiende psychiatrie in gevaar. Utrecht 1954.
- 14 De Geneeskundige Hoofdinspectie van de Geestelijke Volksgezondheid verschaft mij de volgende gegevens:

Psychiatrische inrichtingen

aantal opgenomen patiënten op:	totale populatie:	
31 december 1900	8315	5.100.000
31 december 1967	26104	12.600.000

Instituten met een vergunning/aanwijzing ingevolge de Krankzinnigenwet

	aantal patiënten 1967/68 (afgerond)
Psychiatrische inrichtingen met klinisch centrum	26100
Inrichtingen voor psychisch gestoorde bejaarden	4400
Overige psychiatrische inrichtingen	1400
Psychiatrische Universiteitsklinieken	750
Psychiatrische afdelingen van Algemene Ziekenhuizen	400
Psychiatrische dagziekenhuizen	100
Inrichtingen voor zwakzinnigen	14600
Inrichtingen voor epileptici	800
Klinieken voor verslavingsziekten	100
Pedologische instituten	100
Sluisinternaten	250
<i>Instituten zonder vergunning/aanwijzing ingevolge de Krankzinnigenwet</i>	
Inrichtingen voor zwakzinnigen	6500
Inrichtingen voor psychisch gestoorde bejaarden	4500
Totaal	60000
Aantal bedden in Algemene Ziekenhuizen inclusief categorale bedden	62949

Als men bij het cijfer van 60.000 psychiatrische bedden het aantal plaatsen voor psychiatrische patiënten die onder het Departement van Justitie vallen (klinieken, asyls, observatiecentra, kinderbeschermingstehuizen, rijksopvoedingsgestichten en dergelijke) optelt, komt men tot een getal dat de in de tekst genoemde conclusie rechtvaardigt.

- 15 *W.R. Schoor-E. Tellegen*, De reikwijdte van de medisch opvoedkundige bureaus en de jeugdpsychiatrische dienst in Amsterdam. Soc. Onderz. Centrum, Amsterdam 1968.
- 16 *J.F. Buma*, Grondslagen van het medisch denken en handelen. Diss. Amsterdam 1949.
- 17 *A.C. Zweens-Wiersema*, Huisarts en geestelijke gezondheid. Een onderzoek naar de beeldvorming van de Groningse huisartsen omtrent de geestelijke gezondheidszorg en hun plaats in deze zorg. Diss. Meppel 1968.
- 18 *A.P. Oliemans*, Morbiditeit in de huisartspraktijk. Diss. Leiden 1969.
- 19 *Jaarverslag 1967/1968 van de Stichting Gezondheidszorg voor Studenten aan de Technische Hogeschool, Delft 1969.*
- 20 *H. Lamberts*, Een psychosiaal, anthropometrisch en arbeidsfysiologisch profiel van gewone en van geestelijk niet-stabiele dienstplichtigen. Diss. Rotterdam 1969.
- 21 *O. Diethelm*, Social psychiatry in North America, in: *Psychiatrie und Gesellschaft*. Bern-Stuttgart 1958.
Een goed overzicht bevat ook de bekende engelse studie van *Taylor and Chave*: *Mental health and environment*. London 1964.

- 22 *D. Leighton*, Mental health and social factors, in: Comprehensive Textbook of Psychiatry, Baltimore 1967 (p. 1520 e.v.)
- 23 *G. Caplan*, Principles of preventive psychiatry. New York 1964.
- 24 *A.C. Zweekers-Wiersema* o.c. (blz. 85): 'Van de "grote" specialismen wordt de psychiatrie gemiddeld door de huisartsen als laatste geplaatst in de volgorde van belangrijkheid. Dit is opmerkelijk, als we eraan denken, dat dezelfde huisartsen aangeven, dat zij bij bijna de helft van hun patiënten te maken hebben met (mede) psychisch bepaalde oorzaken van de ziekte'.
- 25 *J.N. Morris*, Uses of epidemiology. Edinburgh-London 1964.
- 26 *M. Ferris*, Use of hospital admissions in epidemiological studies of mental disease. Arch. gen. Psychiatr. 12.420.1965.
- 27 *M. A. J. Romme*, Doel en Middel. Een bijdrage tot de medische economie door middel van een sociaal geneeskundige exploratie van de selectie voor opname van psychiatrische patiënten. Diss. Amsterdam 1967.
- 28 *B. Cooper*, Psychiatric Disorder in Hospital and General Practice. Soc. Psychiatr. 1:1,7-10, 1966.
- 29 *D. Abrahamson*, Untreated psychiatric morbidity. A general practice study. Soc. Psychiatr. 4:1,5, 1969.
- 30 *R. E. L. Faris* en *N. W. Dunham*, Mental disorders in urban areas. Chicago 1939.
- 31 *R. Benedict*, Continuities and discontinuities in cultural conditioning. Psychiatry 1, 161, 1938.
- 32 *A.H. Leighton*, My name is legion: foundations for a theory of man in relation to culture (Stirling County Study) New York 1959.
- 33 *A.H.* en *D. Leighton*, Mental Illness among the Yoruba, New York 1966.
- 34 *Tb. Langner* and *S. Michael*, Life stress and mental health. New York 1963.
- 35 *A.B. Hollingshead* and *F.C. Redlich*, Social class and mental illness. New York 1958.
- 36 *S. Parker* en *R. Kleiner*, Mental Illness in the urban negro community, New York 1966.
- 37 *S.L. Syme* e.a., Cultural mobility and the occurrence of coronary heart diseases. J. Health-Human Behav. 6, 178, 1965.
- 39 *E. Durckheim*, Suicide: a study in sociology (vert.) Glencoe 1951.
- 40 *R.K. Merton*, Social theory and social structure. Toward the codification of theory and research. Glencoe 1949.
- 41 *H.S. Maas* in, *R. Brockbank* o.c.
- 42 *E. Lindemann*, Symptomatology and management of acute grief. Am. J. Psychiatr. 101.141.1944.
- 43 *E. Fromm*, The sane society. London 1956.
- 44 *W.G. Wolff*, Stress and disease. Springfield 1953.
- 45 *E. Lemert*, Social pathology. A systematic approach to the theory of sociopathic behavior. New York-London 1952.

46 Samen een. Enige beschouwingen over psychische hygiëne en de huidige zorg voor het huwelijk. Openbare Les. Utrecht 1960.

